UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 175

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMES DES GAINES SYNOVIALES

TENDINEUSES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Juin 1920

PAR

François REGIS

Né à Bargemon (Var), le 4 août 1888

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, professeur, *président.*
MASSABUAU, professeur.
RICHE, agrégé
ETIENNE, agrégé

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMES DES GAINES SYNOVIALES TENDINEUSES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 175

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMES DES GAINES SYNOVIALES

TENDINEUSES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Juin 1920

PAR

François REGIS

Né à Bargemon (Var), le 4 août 1888

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, professeur, *président.*
MASSABUAU, professeur.
RICHE, agrégé
ETIENNE, agrégé

Assesseurs

R. UNIV.
IBLIOTHEEK
LEIDEN

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre 3

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM	MAIRET (✲)	DOYEN.
	FORGUE (O ✲)	ASSESSEUR.
	IZARD	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM	TEDENAT (O ✲)
Clinique des maladies mentales et nerveuses		MAIRET (✲).
Physique médicale		IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales		GRANEL.
Clinique chirurgicale		FORGUE (O ✲)
Clinique ophtalmologique		TRUC (O ✲).
Physiologie		HEDON (✲).
Histologie		VIALLETON.
Clinique médicale		DUCAMP (✲)
Anatomie		GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		ESTOR.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales		BOSC.
Hygiène		BERTIN-SANS (H)
Clinique obstétricale		VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale		VIRES (✲).
Anatomie pathologique		MASSABUAU (✲)
Chimie biologique et médicale		DERRIEN (✲).
Microbiologie		N. . .
Pathologie interne		N...
Clinique médicale		N...
Médecine légale et toxicologie		N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✲)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM.	DE ROUVILLE, prof. adj
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées		VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU (O ✲ ✲) a.l. (ch. de c.
Médecine opératoire		SOUBEYRAN ✲ ✲, a. l. (c.
Pathologie externe		RICHE, agrégé. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards		EUZIERE, agrégé. (ch. d.
Accouchements		P. DELMAS, agrégé. (c. c.)
Matière médicale		CABANNES, agrégé. (c. c.)
Microbiologie		LISBONNE, agrégé, (ch. de c.
Stomatologie		WATON ✲ (✲) doct. (c. c.)

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELTT (✲).	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	PECH ✲ (ch. d'agr. l.
GAUSSEL (✲ ✲).	J. DELMAS (✲).	VALLOIS H. (c. d'a.)
RICHE.	RIMBAUD ✲.	

Examinateurs de la thèse

MM. FORGUE, professeur, *président.*	MM. RICHE, agrégé
MASSABUAU, professeur.	ETIENNE, agrégé

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de reconnaissance pour tous les sacrifices qu'ils ont fait pour moi.

A MON FRÈRE, A MES SŒURS CHÉRIS

Modeste marque de ma grande et inaltérable affection.

A MES PARENTS

A MES AMIS

F. RÉGIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Respectueux et reconnaissant hommage.

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX ET A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX ET A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

F. RÉGIS.

AVANT-PROPOS

Avant d'accomplir notre dernier acte scolaire, il nous est un devoir bien doux: celui d'exprimer notre gratitude aux professeurs éminents et dévoués, de l'Ecole de médecine de Marseille et de la Faculté de Montpellier, qui, par leurs savantes leçons, leurs conseils pleins de bonté, leur bel exemple, développèrent en nous l'amour de la médecine et des malades; envers eux, infinie est notre reconnaissance, profond est notre respect.

Notre maître, Monsieur le professeur Forgue, nous a accordé la très grande faveur de nous indiquer le sujet de ce travail et de nous confier l'observation clinique qui a servi de base à nos recherches; qu'il veuille bien accepter l'hommage de notre reconnaissance pour la part qu'il prend dans l'élaboration de cette thèse et l'honneur qu'il nous fait en acceptant d'en présider la soutenance.

Nous remercions également son collaborateur et interne Monsieur Roux, qui nous a fait bénéficier de ses connaissances spéciales en nous donnant d'utiles indications.

A tous ceux qui nous ont prêté leur amical appui et guidé de leurs conseils, nous adressons notre affectueux souvenir, et, parmi eux, au vénéré Monsieur le professeur Courchet, professeur de botanique à la Faculté de pharmacie de Montpellier.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547009_0133

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Fibromes des Gaines Synoviales tendineuses

INTRODUCTION

Nous avons essayé de grouper tous les cas connus de fibromes des gaines tendineuses synoviales. Malgré de nombreuses recherches bibliographiques, nous n'avons pu en réunir que 6 observations que nous publions *in extenso,* nous y joignons celle présentée par MM. Chauvin et Roux à la Société anatomique de Paris, en février 1920, observation qu'ils ont eu l'occasion d'étudier dans le service de leur maître, M. le professeur Forgue.

Nous arrivons donc seulement à un chiffre total de 7 observations de fibromes des gaines tendineuses; c'est dire combien ces tumeurs sont rares.

Nous ne présentons que les cas pour lesquels aucune discussion n'est possible, tant au point de vue de leur origine, que de leur nature fibreuse.

Nous avons omis volontairement de signaler 9 cas de

fibromes dits de la main ou des doigts, dont l'origine synoviale paraît douteuse. Nous n'avons de même pas fait entrer dans notre étude les quelques cas connus, soit de fibro-sarcomes des gaines, dont il existe 3 observations (1) (Soubeyran, Tillaux, Montprofit), soit de ces tumeurs fibro-plastiques (Bidard (2), Broca (2), Deville (3) et qui ne sont en réalité que des sarcomes.

Les gaines téno-synoviales ne sont point des organes définis, mais seulement des régions de tissu conjonctif interstitiel, modifiées au contact du tendon par les mouvements presque incessants dont il est animé.

La zone interne, qui est la zone la plus différenciée de la gaîne et dont les cellules se sont aplaties, appartient elle-même, morphologiquement, au tissu conjonctif de la région. Avec Ombredane nous admettons donc que « toute tumeur développée aux dépens du tissu conjonctif et faisant saillie vers une gaine tendineuse, pourra être considérée comme tumeur de la gaine. »

C'est cette définition qui nous a guidé dans la sélection des diverses observations que nous publions.

---

(1) Thèse Koupper. Montpellier, 1910.

(2) *Idem.*

(3) Thèse O. de Pezzer. Paris, 1882.

HISTORIQUE

Nélaton, le premier, dans ses cliniques en 1856, a relaté un cas de fibrome des gaines tendineuses.

Annandale, en 1865, publie une seconde observation.

Puis viennent celles de *Monod,* en 1876, de *Notta,* en 1877, de *Villar,* en 1893. Il faut aller jusqu'en 1912 pour arriver à la sixième observation publiée à la Société des sciences médicales de Montpellier, par *MM. Rives et Œconomos.*

La dernière, seule parue depuis, est celle que *MM. Chauvin et Roux* ont rapportée à la Société anatomique de Paris, en février 1920.

Si l'étude des tumeurs liquides et des kystes synoviaux a donné lieu à de nombreux travaux, peu fréquents sont ceux qui se rapportent aux tumeurs solides. On ne trouve à signaler que quelques thèses. Celle de *O. de Pezzer,* en 1880 (contribution à l'étude des tumeurs solides des gaines synoviales) suivie, en 1882, de celle de *Bolognési,* laquelle n'apporte aucun fait nouveau.

En 1893, *Durant,* de Bordeaux, a écrit une thèse fort intéressante « sur les fibromes lipomes et fibro-lipomes de la main et des doigts. »

Enfin, en 1910, *Mlle Koupper,* a présenté devant la Faculté de médecine de Montpellier, sa thèse de doctorat

d'université sur « les fibromes et sarcomes des tendons et de leurs gaines. »

Aucun travail d'ensemble n'a donc encore été fait sur les fibromes purs des gaines synoviales tendineuses. C'est ce travail que nous avons essayé de faire en nous basant sur les quelques observations que nous avons pu réunir.

OBSERVATIONS

Observation Première

Nélaton (*in* thèse Mlle Koupper, Montpellier, 1910).

Un jeune espagnol, d'une quinzaine d'années, bien portant, est affecté de trois petites tumeurs échelonnées sur la face palmaire de l'annulaire gauche. Ces tumeurs, indolores, sont sous-cutanées et résistantes au toucher; elles n'entravent pas les fonctions du doigt. La plus volumineuse, de la grosseur d'une noisette, se trouve située au niveau de la première phalange, elle a une mobilité incomplète sur les parties profondes. Les deux autres tumeurs, toutes les deux bien mobiles, roulant sous la peau, se trouvent l'une au devant de la deuxième phalange, l'autre au devant de l'articulation métacarpo-phalangienne.

L'ablation de ces tumeurs fut pratiquée par M. le professeur Nélaton, en deux reprises.

Il enleva les deux tumeurs mobiles, assez éloignées l'une de l'autre, et quelques semaines plus tard, la cicatrisation étant achevée, il procéda à l'ablation de la troisième tumeur qui était adhérente à toute la portion fibreuse de la gaine tendineuse, que l'on dut ouvrir largement en mettant à nu le tendon.

Malgré la dénudation des tendons, la cicatrisation s'o-

péra en quelques jours et sans compromettre les mouvements du doigt. Trois mois après l'opération le malade avait tous les mouvements, les usages des tendons sont entièrement recouvrés; il n'y a pas apparence de récidive.

La tumeur, à l'œil nu, est d'un gris rosé, elle offre une surface lobulée bien circonscrite, nullement adhérente aux téguments, fortement adhérente à la portion de la gaine synoviale qui a été enlevée avec elle, et dont la surface, complètement lisse, est facilement reconnaissable.

Il est facile de reconnaître que la production morbide était développée sur la face externe de la gaine tendineuse et ne pénétrait nullement dans la cavité. Sa consistance est à peu près celle du tissu cellulaire.

Examen de structure intime du tissu: ce tissu est composé d'une trame de fibres de tissu cellulaire, écartées les unes des autres, non réunies en faisceaux, si ce n'est par places en certains points de la surface de la tumeur. Par rapport à la masse de la tumeur, cette trame ne représente guère que le huitième du tissu morbide. Des vaisseaux capillaires assez nombreux parcourent les portions de tissu placées sous le microscope. La moitié environ de la masse du tissu est composée de noyaux fibro-plastiques, sans cellules proprement dites de cette espèce. Tous les noyaux étaient ovoïdes, allongés, la plupart manquaient de nucléoles.

Observation II

Par MM. A. Rives et N.-S. Œconomos (*Montpellier médical*, 10 mars 1912, p. 232).

B. G..., 18 ans, cultivateur à Ganges, est entré à l'hôpital le 1er décembre 1911, dans le service de M. le professeur Tédenat pour se faire débarrasser d'une petite tumeur de la face palmaire de l'index droit. Cette tumeur

serait apparue il y a quatre mois, au niveau de la première phalange de l'index, en même temps qu'une série de durillons et d'ampoules, pendant une période de travail forcé. Elle fut prise d'abord pour un durillon banal, mais elle s'accrut progressivement, alors que disparaissaient toutes les autres menues lésions traumatiques. Quand nous voyons le malade, la face palmaire de la première phalange de l'index droit est déformée par une tuméfaction arrondie nettement en saillie, occupant à peu près toute la longueur de cette face palmaire, un peu moins longue qu'elle cependant, le diamètre transversal du doigt n'est pas élargi. A la palpation on se rend compte qu'il y a là une nodosité arrondie, indépendante de la peau qui est mobile sur elle, grosse comme une noisette, de consistance résistante et élastique. Aucune modification de volume à la pression.

La tumeur est à peu près immobile sur les plans profonds, surtout dans le sens longitudinal du doigt. Les mouvements du doigt sont conservés, sauf peut-être la flexion forcée de la seconde phalange; ils sont indolores, la tumeur n'est aucunement déplacée par le jeu du tendon fléchisseur. Pas de douleurs spontanées, mais douleurs à la pression, notamment dans le geste professionnel de serrer un manche d'outil.

Par ailleurs, santé parfaite, aucune hérédité pathologique.

Nous portons le diagnostic de kyste ténosynovial de la gaine des fléchisseurs, attribuant la consistance de la tumeur et l'absence de fluctuation à la tension intra-kystique d'une part, à la densité du capitonnage fibro-adipeux sous la peau du doigt, d'autre part.

Intervention le 4 décembre 1911, sous-anesthésie locale à la cocaïne-stovaïne. On arrive sur une tumeur solide,

grosse comme une noisette, qu'il est facile d'énucléer du tissu sous-cutané, qui s'implante sur la gaîne tendineuse, mais en un point très limité: l'ablation n'ouvre pas la gaine séreuse, comme nous le constatons en faisant exécuter des mouvements de flexion du doigt avant de suturer la peau.

Cette petite tumeur est dure, blanchâtre, composée de plusieurs nodules partiellement fusionnés.

Nous en avons pratiqué l'examen histologique; on constate l'existence d'une capsule conjonctive formée aux dépens du tissu sous-dermique du doigt, cette capsule est assez richement vascularisée et se sépare très nettement de la tumeur par une zone de clivage. La tumeur elle-même est composée, dans sa totalité, de tissus fibreux dont l'aspect est un peu différent au centre et à la périphérie, celle-ci est composée de tissu assez dense avec fibres en faisceaux ondulés, avec noyaux fusiformes, vers le centre, au contraire, le tissu interstitiel est abondant, les fibres fines et peu visibles, beaucoup de noyaux sont arrondis. Il y a de fins vaisseaux, relativement assez nombreux tous avec une paroi propre et qui ne semblent pas servir d'axes directeurs au tissu fibreux. Nous avons cherché avec soin, mais en vain, s'il existait des myéloplaxes. Il s'agit donc d'un fibrome pur, formé de tissus jeunes.

Observation III

Notta (*in* thèse Durant. Bordeaux, 1893)

R..., âgé de 38 ans, tanneur, maigre, d'une constitution délicate, affecté de tic nerveux choréiforme des muscles de la face, vit apparaître, il y a une dizaine d'années, à la partie externe et inférieure de l'éminence thénar de la

main droite, en dedans du pouce, une petite grosseur du volume d'une noisette, douloureuse seulement sous l'influence d'un choc. Indolente à la pression, elle ne l'empêchait pas de se servir de sa main et de se livrer à sa profession. La tumeur augmenta insensiblement de volume et, aujourd'hui, le malade se présente dans l'état suivant:

A la partie inférieure de l'éminence thénar, on observe une tumeur du volume d'un œuf de poule, se prolongeant d'une part dans la paume de la main, et l'autre faisant saillie dans l'intervalle qui sépare le premier métacarpien du second.

Cette tumeur est légèrement bosselée, sans changement de couleur à la peau qui ne lui adhère pas. En la saisissant avec les doigts, on ne peut lui imprimer aucun mouvement et elle paraît adhérer au premier et au deuxième métacarpiens. Au niveau de sa partie la plus saillante, dans le premier espace métacarpien, elle donne une sensation de fluctuation des plus évidentes.

A la pression, elle est médiocrement douloureuse, un choc y provoque une vive douleur. Les mouvements des doigts ont conservé leur intégrité. Une ponction, pratiquée dans la partie fluctuante avec un petit trocart, donne du sang pur.

Le lendemain, 13 août 1877, je pratique l'ablation de la tumeur: préalablement, le malade a été chloroformé et une bande d'Esmarch a été appliquée sur la main et l'avant-bras.

A la suite d'une dissection assez délicate, on constate que la tumeur s'enfonce dans la paume de la main, entre les tendons des fléchisseurs et la voûte ostéo-fibreuse formée par la face palmaire du métacarpe, à laquelle elle paraît adhérer assez faiblement au niveau de la réunion du tiers supérieur, avec les deux tiers inférieurs de la paume

de la main. La flexion de la main sur l'avant-bras, en relâchant les tendons fléchisseurs que l'on tenait écartés de la face profonde de leur gaine, facilitait le dernier temps de l'opération. Tout au fond de la plaie, en arrière des tendons fléchisseurs, j'appliquai deux pinces hémostatiques pour arrêter l'hémorragie, puis la plaie fut bourrée de bourdonnets de charpie trempée dans l'alcool.

Les jours suivants, le malade va bien. Il est apyrétique. La suppuration s'établit et, à chaque pansement, on enlève les bourdonnets de charpie à mesure qu'ils se détachent.

17 *août.* — Les pinces hémostatiques tombent.

1er *septembre.* — La plaie est en voie de cicatrisation.

1er *octobre.* — La plaie est presque fermée. Le malade a conservé la liberté des mouvements des doigts, l'index seul est légèrement fléchi, mais depuis que le malade fait usage de sa main, il remarque que l'index s'étend chaque jour de mieux en mieux.

Examen de la tumeur. — Elle présente la forme d'une poire dont la petite extrémité était dirigée profondément derrière les tendons des fléchisseurs, et la grosse extrémité faisait saillie dans le premier espace inter-métacarpien; sa surface est bosselée, irrégulière, et l'examen de sa petite extrémité prouve qu'elle a été complètement énucléée et qu'elle n'adhérait à la face antérieure des métacarpiens, que par le tissu cellulaire. Incisée dans son plus grand diamètre, elle paraît constituée par du tissu fibreux, blanchâtre, lactescent. On remarque au niveau de la partie ponctionnée, une grande cavité pleine de sang coagulé. Au dessous une partie de la tumeur paraît formée de tissu fibreux infiltré de sang en voie de résorption.

Observation IV

Annandale (*in* thèse Durant. Bordeaux, 1892)

Cet auteur raconte le cas d'un malade porteur d'un fibrome qu'il avait à un doigt. Cette tumeur le gênant dans son travail, il vint se faire opérer.

On reconnut alors qu'on avait affaire à une tumeur fibreuse en connexion très étroite avec la gaine des tendons, dont une partie fut enlevée avec la tumeur.

Observation V

Eug. Monod (Bull. Soc. Anat., 1876).

La nommée M..., âgée de 53 ans, entre le 13 mars 1876 à l'Hôpital Cochin (service de Desprès). Elle porte une tumeur du volume d'un gros œuf sur le médius de la main gauche. Cette tumeur recouvre la deuxième phalange dans toute son étendue; elle empiète sur la première et la troisième. La peau qui la recouvre est tendue, lisse, violacée. La tumeur n'est pas fluctuante; elle est plutôt molle que dure, résistante par places, offrant dans d'autres points une consistance élastique, notamment à la base. Cette consistance fait penser à un enchondrome. Elle est mobile sur les parties profondes, sauf au niveau de l'articulation de la première phalange avec la deuxième, point qui paraît être le lieu d'implantation de la tumeur.

Le début de l'affection remonte à 33 ans. La malade, à cette époque, prenait son mal pour une petite verrue.

L'accroissement a été lent, régulier, absolument indo-

lent. Cependant, la marche paraît avoir été plus rapide depuis cinq ans. Tous les mouvements des phalanges étaient conservés, la malade éprouvait seulement un certain degré de gêne fonctionnelle en rapport avec le volume de la tumeur. Il y a trois semaines, sans causes appréciables, la tumeur devint rouge, douloureuse et il ne tarda pas à se produire sur la partie culminante une large ulcération elliptique qui laissait suinter un liquide sanieux. La malade réclamant l'opération, M. Desprès pratiqua l'amputation du doigt dans la continuité.

Après avoir incisé la tumeur, on constate que la phalange est intacte; le tendon de l'extenseur, très aminci, est sous-jacent à la tumeur, qui ne lui adhère pas; elle n'adhère pas davantage à la peau et paraît être énucléable dans toute son étendue, excepté à la partie postérieure, où elle semble se fusionner avec le tissu fibreux péri-articulaire.

A la coupe, la tumeur présente deux aspects différents. la périphérie a l'apparence d'un tissu amorphe, d'un gris jaunâtre, dur, translucide, offrant une analogie d'aspect avec le cartilage et parsemé de taches rougeâtres. La partie centrale est plus molle et souvent plus rouge; ce point ressemble à un véritable foyer hémorragique.

Examen histologique. — La pièce a été examinée au microscope par M. Charles Monod. Voici les résultats de cet examen: la tumeur présente deux aspects bien différents, suivant la région qu'on examine. Sur un fragment pris à la surface de la tumeur, on reconnaît l'existence d'un tissu fibreux dense, pauvre en éléments cellulaires; on ne trouve nulle part d'éléments cartilagineux. Par places apparaissent, dans les points qui correspondent aux taches rougeâtres signalées plus haut, de nombreuses dilatations vasculaires. En se rapprochant du centre, on voit

des espaces sanguins reconnaissables aux globules rouges et blancs qui les remplissent; ces espaces communiquent les uns avec les autres et constituent un véritable tissu caverneux. Enfin, un autre fragment détaché de la partie profonde de la tumeur, de celle qui paraît se fusionner avec le tissu fibreux du doigt, est constitué au microscope par un tissu fibreux, jeune encore, formé de faisceaux de tissu conjonctif, présentant leur aspect ondulé caractéristique, avec des éléments cellulaires disséminés. A ce niveau, on constate également, mais dans une proportion beaucoup moins considérable, des capillaires dilatés restant partout indépendants. Il est clair que cette portion de la tumeur est, dans une période de développement moins avancée que la précédente.

En somme, cette tumeur est un fibrome subissant par place la transformation caverneuse. Ce fait est donc un exemple très net de fibrome télangiectasique.

Observation VI

Francis Villar (*in* thèse Durant. Bordeaux, 1892).

Mme E. E..., âgée de 32 ans, ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Elle ne signale aucun traumatisme antérieur, ayant pu déterminer l'apparition de la tumeur qu'elle porte au doigt. Il est bon de signaler que Mme E..., ne s'adonne pas à des travaux pénibles; elle s'occupe simplement de son ménage et de couture.

Le début de l'affection remonterait à douze ans; à cette époque, la malade avait constaté sur le petit doigt de la main gauche, l'exisence d'une tumeur du volume d'un petit pois gris.

Depuis six ans, cette tumeur a augmenté de volume d'une façon très nette.

Lorsque nous examinons la malade, au mois de septembre 1887, nous constatons ce qui suit:

Il existe sur le petit doigt de la main gauche, à l'union de la face palmaire et de la face latérale externe de la première phalange, une tumeur dure, de forme arrondie, du volume d'une petite noix.

La peau, normale, est mobile sur la tumeur; celle-ci, quoique très mobile latéralement, semble adhérer un peu aux parties profondes.

Pas de point noir sur la tumeur. Indolence, un peu de gêne, à peine.

Quelquefois, la malade se réveille la nuit éprouvant de l'engourdissement et des fourmillements dans la main.

Nons diagnostiquons: fibrome du petit doigt.

La tumeur est enlevée au bistouri, après anesthésie locale.

Nous trouvons quelques adhérences profondément, au niveau de la gaine.

Trois points de suture ferment la plaie qui est saupoudrée d'iodoforme et recouverte de gaze iodoformée; une couche d'ouate et une bande, complètent le pansement.

Les fils sont enlevés le troisième jour, pas de pus.

Guérison complète les jours suivants.

L'examen histologique nous avait démontré qu'il s'agissait d'un fibrome. Cependant, lorsque nous communiquâmes notre observation à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, on crût reconnaître sur notre préparation quelques cellules de myxome.

Observation VII

Par MM. Chauvin et Roux (Société anatomique de Paris. Février 1920).

En novembre dernier, une jeune femme se présentait à notre examen, dans le service de notre maître, le professeur Forgue, se plaignant d'une tumeur qu'elle portait à la face dorsale de son pied droit. Cette tumeur aurait très nettement débuté il y a quatre ans, à la suite d'un traumatisme. Son évolution ne s'est jamais accompagnée d'aucune douleur, ni d'aucun trouble fonctionnel, et la malade n'aurait jamais songé à s'en débarrasser si elle n'avait été gênée pour se chausser.

A l'examen, nous observons sur le dos du pied droit une tumeur du volume d'une grosse noix, située à peu près au niveau de l'articulation de Lisfranc et légèrement en dehors de la ligne médiane. Elle est de forme régulière et arrondie, la peau à sa surface présente une coloration normale. A la palpation, nous trouvons sous les téguments mobiles, une masse arrondie, de contour régulier, lisse, de consistance ferme, rénitente, irréductible, à peu près immobile dans le sens vertical, et présentant dans le sens transversal, une mobilité plus grande que n'abolit pas entièrement la contraction des tendons extenseurs. Aucune douleur à la pression.

En présence de cette symptomatologie, nous posons le diagnostic de kyste synovial, bien que la consistance, anormalement dure pour une semblable tumeur, laisse subsister quelques doutes en notre esprit.

Nous pratiquons l'extirpation de la tumeur, le 27 novembre 1919, sous anesthésie locale à la cocaïne à 1 %, et nous nous trouvons en présence d'un nodule solide, nettement

encapsulé et libre sur presque toute sa surface dans un tissu celluleux assez lâche. Seule sa face profonde s'implante par une base assez large sur la gaine du tendon extenseur du quatrième orteil. Le tendon lui-même, cependant en contact étroit avec la tumeur, restait absolument indépendant et librement mobile. Pour extirper la tumeur, nous devons réséquer une partie de la gaine synoviale avec laquelle elle fait corps et aux dépens de laquelle elle s'est développée.

Suture aux crins, suites parfaites, guérison en quinze jours.

La tumeur enlevée est dure et donne à la section l'impression d'une masse fibreuse assez homogène. L'examen microscopique nous révèle cependant une structure assez complexe et variable avec les points considérés.

Une capsule de tissus fibreux à peine différenciés l'entoure sur presque toute sa surface.

La masse principale est constituée par un tissu fibreux dense, riche en cellules. Ce tissu s'oriente en strates concentriques régulièrement disposées et tassées autour des vaisseaux qui paraissent en être le centre de formation, disposition qui rappelle un peu l'organisation en tourbillons périvasculaires des fibromes utérins.

Ces vaisseaux eux-mêmes présentent un épaississement énorme de leurs parois, et leurs couches conjonctives externes paraissent se continuer sans ligne de démarcation appréciable avec les couches fibreuses voisines que nous venons de signaler. Ils possèdent toujours un revêtement endothélial continu.

Par endroits, l'abondance et le développement des formations vasculaires est tel que la coupe prend un aspect angiomateux. La cavité des petits vaisseaux et des capillaires sanguins se dilate considérablement; les cloisons qui

les séparent sont amincies du fait même de leur accroissement, et en certains points, les parois des cavités voisines arrivent presque au contact.

En d'autres points, on voit apparaître entre les mailles du tissu fibreux une substance fondamentale hyaline, plus ou moins abondante, tandis que les éléments prennent le type cartilagineux, et l'on passe ainsi du tissu fibreux au fibro-cartilage. Ce dernier se dispose en plages plus ou moins vastes, dont la distribution est des plus irrégulières; les nodules cartilagineux siègent aussi bien au centre de la tumeur que dans ses parties superficielles, sous-cutanées; ou profondes juxta-tendineuses.

ETUDE DES OBSERVATIONS PRECEDENTES

Etiologie et Pathogénie

Sexe. — Les hommes paraissent peut-être être plus fréquemment atteints que les femmes : quatre fois sur sept. Cette prédisposition masculine paraît moins évidente ici que dans toutes les autres tumeurs des mains. Cette préférence provient peut-être de ce que les hommes sont plus exposés aux traumatismes.

Age. — Paraît n'avoir aucune influence, le malade de Nélaton avait 15 ans, celle de Villar, 32, celle de Monod, 53.

Siège. —La main est nettement plus souvent atteinte que le pied. Cette dernière localisation au pied droit n'est signalée que dans l'observation de MM. Chauvin et Roux. Annandale parle d'une tumeur d'un doigt sans signaler le côté atteint. Dans tous les autres cas, trois fois sur cinq, c'est la main gauche qui est le siège de la tumeur. D'autre part, les fibromes se rencontrent plus souvent aux doigts qu'à la main. Tous les doigts sont pris indifféremment ; la première phalange paraissant plus fréquemment atteinte. Par contre, la face palmaire parait être le siège de prédilection. Monod seul signale une tumeur de la face dorsale du médius. De même, la malade de Chauvin et Roux avait localisé son fibrome à la face dorsale du pied.

Nombre. — Généralement uniques, les tumeurs étaient au nombre de trois dans le cas de Nélaton, mais une seulement paraît être fibreuse.

Traumatisme. — C'est là la seule cause que l'on puisse faire intervenir dans le mécanisme de la production de ces tumeurs, que ce traumatisme soit violent ou chronique. Villar spécifie bien cependant que sa malade était ménagère et n'accusait aucun traumatisme antérieur. Par contre, celle de Chauvin et Roux, faisait remonter nettement le début de sa lésion à un traumatisme, elle était à ce point de vue très catégorique. Elle aurait reçu un choc violent à la suite duquel une ecchymose s'est formée ainsi qu'une tuméfaction. A la disparition de l'ecchymose, nous est-il signalé, un petit nodule dur existait déjà, dont les dimensions se sont lentement, mais progressivement accrues. De même, la malade de Rive affirmait que sa tumeur était apparue après un travail forcé, en même temps que des durillons et des ampoules.

Il est très rationnel de penser que les traumatismes de toutes sortes doivent intervenir dans l'étiologie de ces tumeurs, sinon comme cause efficiente, du moins comme cause prédisposante. Quant à leur mode de production, toute lésion irritative, entraînant une hypertrophie conjonctive, semble intervenir dans leur formation. Chauvin et Roux pensent que dans leur cas, un hématome a constitué la lésion initiale, hématome qui a ensuite subi une organisation fibreuse suivant le processus classique. Mlle Koupper signale que l'hérédité, la syphilis, l'arthritisme, la grippe, joueraient un certain rôle. Cependant, nous ne retrouvons chez les malades aucun antécédent à signaler. Celui de Notta seul « était maigre, de constitution délicate, et affecté de tics nerveux ».

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous étudierons successivement l'aspect macroscopique et l'aspect microscopique de ces tumeurs.

Macroscopiquement. — La tumeur est généralement ronde, lisse où à surface bosselée, paraissant alors composée de plusieurs nodules partiellement fusionnés.

Le volume est tantôt celui d'une noisette (obs. I et VI), tantôt celui d'une noix (obs. V et VII, tantôt enfin d'un œuf de poule (obs. III et IV).

Ces fibromes ne sont nullement adhérents aux téguments, ils sont nettement encapsulés et libres sur toute leur surface, dans un tissu cellulaire assez lâche. La partie profonde seule a une base d'implantation large sur la gaine des tendons. Cette base d'implantation est dans certains cas assez étroitement fixée à la gaine pour qu'on ne puisse faire l'ablation de la tumeur, sans ouvrir celle-ci largement (obs. I, II, IV, VII).

Sur tous les autres points, la tumeur est parfaitement et facilement énucléable, entourée qu'elle est par une capsule conjonctive peu différenciée.

De couleur blanchâtre où gris rosé, ces tumeurs peuvent présenter à la coupe, soit un aspect uniforme, soit un aspect différent à la périphérie et au centre. Tel est le cas de Monod, dans lequel la périphérie était constituée

par un tissu jaunâtre, amorphe, dur, translucide, offrant une certaine analogie d'aspect avec le cartilage; la partie centrale, au contraire, est plus molle, plus rouge, ressemblant à de véritables foyers hémorragiques.

A une des extrémités de la tumeur, dans le cas de Notta, se trouvait une poche fluctuante de laquelle une ponction retira du sang pur.

Microscopiquement. — Les coupes présentées par MM. Chauvin et Roux montraient une masse principale constituée par un tissu fibreux, dense, riche en cellules. Ce tissu s'oriente en strates concentriques régulièrement disposés et tassés autour des vaisseaux qui paraissent en être le centre de formation, rappellant ainsi l'organisation des fibromes utérius.

L'observation de Rive et Œconomos est négative, au contraire, à ce sujet. Dans leur préparation, ils signalent de fins vaisseaux relativement nombreux, ne semblant pas servir d'axes directurs au tissu fibreux.

L'aspect des coupes n'est pas toujours uniforme, suivant qu'elles ont été pratiquées au centre ou à la périphérie de la tumeur. Dans l'observation VI, nous relevons à la périphérie, un tissu assez dense, avec fibres en faisceaux ondulés à noyaux fusiformes. Au centre, le tissu interstitiel est au contraire abondant, les fibres fines et peu visibles. Beaucoup de noyaux sont arrondis. De même, dans l'observation III, cette diversité d'aspect été déjà visible macroscopiquement. Le microscope a révélé que la périphérie était constituée par un tissu fibreux dense, pauvre en éléments cellulaires, présentant par place, de nombreuses dilatations vasculaires. Au centre, on trouve un véritable tissu caverneux, composé d'espaces sanguins, correspondant les uns avec les autre.

Cette tendance télangiectasique est signalée d'une façon particulièrement intéressante, dans l'observation de Chauvin et Roux. « Par endroits l'abondance et le développement des formations vasculaires est tel que la coupe prend un aspect angiomateux. La cavité des petits vaisseaux et des capillaires sanguins se dilate considérablement, les cloisons qui les séparent sont amincies du fait même de leur accroissement, et en certains points les parois des cavités voisines arrivent presque au contact. »

Enfin, tandis que dans toutes les autres observations les tumeurs paraissent avoir été constituées par du tissu fibreux pur, celle de Chauvin et Roux présente une particularité intéressante. On voit apparaître en certains points de la tumeur, aussi bien au centre que dans ses parties sous-cutanée ou juxta-tendineuse, entre les mailles du tissu fibreux, une substance hyaline, tandis que les éléments prennent le type cartilagineux. Dans le cas de Monod, macroscopiquement, la coupe de la tumeur pouvait faire penser aussi à un fibro-enchondrome, mais il est bien spécifié que, microscopiquement, on n'a trouvé nulle part d'éléments cartilagineux.

SYMPTOMATOLOGIE

Ces fibromes ne se manifestent au début par aucun signe bien caractéristique Prenant parfois l'aspect de verrues ou de durillons, ils s'accroissent insensiblement et peuvent rester plus ou moins longtemps inaperçus. Comme date d'apparition, nous relevons quatre mois dans l'observation II; quatre ans, dans l'observation VII; 10 et 12 ans, dans les observations III et VI; enfin 33 ans, dans l'observation V. Habituellement les malades les portent jusqu'au moment où, par leur volume, elles deviennent l'objet d'une gêne constante. La malade de Chauvin et Roux n'aurait jamais songé à s'en débarrasser, si elle n'avait été gênée pour se chausser.

Volume. — Le volume varie, nous l'avons vu, de celui d'une noisette à celui d'un gros œuf de poule.

Aspect. — Généralement de forme régulière nettement arrondie, parfois légèrement bosselée, la tumeur, dans l'observation relatée par Notta, avait l'aspect d'une poire, dont une extrémité faisait saillie dans l'intervalle qui sépare le premier du second métacarpien.

La peau qui recouvre la tumeur est de coloration généralement normale, sauf dans l'observation III, où Monod nous signale que la peau est tendue, lisse et violacée; trois

semaines avant l'intervention il se produit d'ailleurs à la partie culminante, une large ulcération élliptique qui laissait suinter un liquide sanieux.

Consistance. — Si, dans certains cas, ainsi que la nature fibreuse de ces tumeurs le fait pressentir, la consistance en est dure, plus fréquemment encore elles sont rénitentes, élastiques, rendant ainsi le diagnostic différentiel d'avec les kystes téno-synoviaux impossible. Enfin, ces tumeurs peuvent présenter des différents degrés de consistance. Le malade de Notta avait une tumeur dure sur tous les points, sauf au niveau de la partie la plus saillante, où une fluctuation était des plus évidente. Dans le cas de Monod, la consistance générale était molle, résistante par place, et présentant en d'autres points une consistance élastique faisant penser à un enchondrome.

Douleur. — Les fibromes des gaines synoviales sont en général indolores, spontanément tout au moins; Monod nous signale cependant que depuis trois semaines, sans raison, la tumeur de sa malade était devenue très douloureuse.

La douleur à la pression n'est pas un fait constant, nous ne la trouvons signalée que par Rive et Œconomos, dont le malade, qui était cultivateur, éprouvait de la douleur dans le geste professionnel de serrer le manche de son outil. Dans tous les autres cas la pression est indolore.

En général, les phénomènes sensitifs ne se manifestent que par un simple engourdissement, quelques fourmillements que Durant attribue à la compression des filets nerveux qui avoisinent la tumeur.

Par contre, l'impotence fonctionnelle est assez nettement marquée. Les mouvements sont conservés, mais il

y a gêne de par le volume de la tumeur: aux doigts, les mouvements de flexion sont limités. La malade de Chauvin et Roux éprouvait de la difficulté à se chausser.

Mobilité. — Les tumeurs sont en général mobiles, sous la peau qui ne leur adhère pas. Mais elles sont toutes immobiles sur les plans profonds au niveau de leur base d'implantation sur la gaine des tendons.

EVOLUTION

Nous avons vu que les fibromes avaient une évolution des plus lentes. Ils se développent insensiblement tout d'abord, puis, au bout d'un temps plus ou moins long, ils paraissent prendre un accroissement plus rapide ; comme dans le cas de Villar et de Monod, les tumeurs, après être restées latentes pendant douze ans pour l'une, trente-trois ans pour l'autre, ont présenté cinq à six ans avant leur ablation une rapidité d'accroissement plus forte.

Au bout d'un certain temps, les fibromes peuvent s'ulcérer, la peau distendue, amincie, met à découvert une plaie plus ou moins profonde. Témoins l'observation de Monod. La peau qui recouvrait la tumeur était lisse, tendue, violacée et avait fini par présenter une ulcération elliptique.

Notta signale que les tumeurs fibreuses peuvent se ramollir et se vasculariser au point de figurer des tumeurs encéphaloïdes.

Il faut signaler aussi, que si dans la majorité des cas le fibrome évolue sans incident, il peut aussi se transformer en néoplasme. Durant prétend que rien n'autorise à admettre un pareille opinion. Cependant, il existe trois observations indéniables de fibro-sarcomes publiée dans la thèse de Mlle Koupper (observation de Soubeyran, Tillaux et Montprofit).

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des fibromes des gaines synoviales tendineuses est à peu près impossible à faire. Dans toutes les observations que nous publions, Villar, seul, avait pensé à un fibrome sans spécifier sur quoi il faisait reposer son diagnostic.

Plus communément, l'erreur de diagnostic commise, avait été en faveur des kystes téno-synoviaux. Nous avons vu en effet que la consistance de ces fibromes était souvent élastique et résistante. Cependant, Rive et Œconomos, d'une part, Chauvin et Roux de l'autre, avaient fait quelques réserves. La consistance était trop dure pour qu'elle ne leur laisse pas subsister quelques doutes. Rive attribuait cette consistance à la tension intra-kystique possible et à la densité du capitonnage fibro-adipeux. Il signale que, rétrospectivement, il n'imagine pas quel signe différentiel il aurait pu invoquer en faveur du fibrome.

Notta est le seul qui ait pris la tumeur fibreuse pour une tumeur maligne. Il songea cependant tout d'abord lui aussi à un kyste, puis, après une ponction de la tumeur d'où il ne retira que du sang, il pensa à un encéphaloïde.

Nous croyons toutefois que, autant est légitime l'erreur de diagnostic d'un fibrome des gaines d'avec un kyste synovial, autant il nous paraît difficile de confondre cette tumeur bénigne d'avec une tumeur maligne.. Le sarcome

sera facilement reconnu au fait qu'il envahit les tissus avoisinants et, qu'englobant le tendon et la gaine, il rend tout mouvement impossible. Enfin, la douleur qui existe toujours avec le sarcome, permettra de porter le diagnostic. Cependant, dans certains cas, le sarcome peut ne pas présenter tous ces caractères, il peut prendre la symptomatologie d'un fibrome et sa nature n'être décelée que par l'examen histologique.

Le kyste synovial pourra parfois être différencié, grâce à sa consistance spéciale, sa translucidité et par une ponction positive.

Dans toute tumeur des extrémités des membres, il est donc indispensable de penser à la possibilité de fibrome. A part les kystes, il faudra éliminer les diverses synovites, chroniques; fongueuses, à grains riziformes, les lésions osseuses; syphilitiques, tuberculeuses ou mycosiques, et enfin les lipomes.

TRAITEMENT

Le traitement chirurgical est le seul indiqué. Il devra être appliqué aussi rapidement que possible, pour éviter la possibilité d'une dégénérescence maligne.

L'ablation de la tumeur sera faite sous anesthésie locale. Si le fibrome adhére aux tendons, il faudra simplement disséquer minutieusement la tumeur pour léser ceux-ci le moins possible.

Les suites opératoires sont bénignes. Sauf dans le cas de Notta, où il y a eu de la raideur de l'index, après une longue suppuration avec exfoliation des tendons, les malades ont tous parfaitement guéri, recouvrant la liberté de tous leurs mouvements.

CONCLUSIONS

I. — Les fibromes des gaines synoviales seraient très rares.

II. — Le traumatisme violent ou chronique paraît être la seule notion étiologique à signaler.

III. — La main est plus souvent atteinte que le pied, les doigts que la main, la face palmaire que la face dorsale.

IV. — La tumeur, dont le volume varie de celui d'une noisette à celui d'un œuf de poule, est nettement encapsulée, libre sur toute sa surface, sauf au niveau du point d'implantation sur la gaine. Elle est constituée par du tissu fibreux dense, riche en cellules, avec une abondance spéciale de vaisseaux sanguins, présentant parfois une tendance télangiectasique.

V. — De consistance tantôt dure, tantôt rénitente, ces fibromes sont absolument indolores, n'occasionnant qu'un peu d'engourdissement et de la gêne fonctionnelle.

VI. — L'évolution, très lente, peut durer de quelques mois à plusieurs années (32 ans). La transformation sarcomateuse a été signalée.

VII. — Le diagnostic différentiel avec les kystes synoviaux est à peu près impossible.

VIII. — Le traitement consiste dans l'ablation de la tumeur sous anesthésie locale. Les résultats sont parfaits.

BIBLIOGRAPHIE

BIDARD. — *Thèse de Paris,* 1858.
BOLOGNÉSI. — *Thèse de Paris,* 1882.
CHAUVIN et ROUX. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris,* février 1920.
DURANT. — *Thèse de Bordeaux,* 1892-93.
KOUPPER. — *Thèse de Montpellier,* 1910.
LEGOUEST. — *Thèse d'agrégation de Paris,* 1857.
MONOD. — *Bulletin de la Soc. anat. de Paris,* 1876.
NÉLATON. — *Clinique,* 1856.
NOTTA. — *Société de chirurgie,* 1877.
OMBREDANE. — *In* Le Dentu et Delbet, 1907.
DE PEZZER. — *Thèse de Paris,* 1880.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 10 juin 1920.
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 10 juin 1920.
Pour le Doyen,
L'Assesseur délégué,
FORGUE.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!